

**EVALUATION DES HOSPITALISATIONS DANS UN SERVICE DE MEDECINE :**

CAS DU SERVICE D'HEPATO - GASTRO- ENTEROLOGIE DE L'HÔPITAL GABRIEL TOURE BAMAKO (MALI). DIARRA M<sup>1</sup>, KONATE A<sup>1</sup>, DEMBLE A<sup>1</sup> épouse DOUMBIA, KALLE A<sup>1</sup>, MAIGA M Y<sup>1</sup>

1- service d'hépatogastro-entérologie de l'hôpital Gabriel TOURE Bamako MALI

E-mail : [maigamoussay@yahoo.fr](mailto:maigamoussay@yahoo.fr)

**RESUME**

Le but de cette Etude était d'apprécier les principales affections rencontrées et la mortalité dans le service d'hépatogastro-entérologie de l'hôpital Gabriel Touré. L'étude longitudinale a analysé les patients hospitalisés qui ont été examinés et qui ont reçu des soins. Aux terme de cette étude 766 malades ont été colligés avec un âge moyen de 45,17 ans et le sex-ratio est de 1,10 en faveur des hommes Le taux de référence était de 13,58%. La morbidité était dominée par l'infection par le VIH (29,90%), suivie de CHC (7,83%) et de la cirrhose (4,05%). La mortalité était de 18,41% et dominée par ces mêmes pathologies : VIH, CHC, Cirrhose. Le recours précoce aux soins, l'amélioration des conditions de travail, la sensibilisation, la prévention des maladies infectieuses sont des facteurs qui permettront une réduction de la morbidité et de la mortalité hospitalières.

**Mots clés :** Principales affections, Mortalité, Hépatogastro-entérologie.

**SUMMARY**

The goal of this study was to appreciate principal affections and mortality and in gastroenterology service of Gabriel Touré Hospital. It is about a survey longitudinal that has permit to analyze patients who have been care. During study, 766 patients were unregistered. Mean age of patient was 45, 17 years and a sex ratio (M/F) = 1.10. The rate of reference was 13,85%. The morbidity was dominated by HIV infection (29,90%) followed by Hepato-cellular Carcinoma (7,83%) and cirrhosis (4,05%). Mortality (18,41%) was dominated by the VIH infection, HCC and Cirrhosis. The precocious recourse to cares, the improvement of work conditions, the sensitization, the infectious illness prevention is factors that will permit a reduction of morbidity and hospital mortality.

Key words: Main affections, Mortality, Hepato-gastroenterology,

**1- INTRODUCTION**

Le service d'hépatogastro-entérologie de l'Hôpital Gabriel Touré est un des maillons du département de médecine de cet hôpital. Sa vocation est la prise en charge des maladies de l'appareil digestif qui occupent une place importante dans les activités du praticien.

Les cancers de tube digestif ont un pronostic sombre en raison de la consultation tardive des malades [1, 2, 3,4] Les ulcères gastro-duodénaux sont aussi diagnostiqués quelque fois même au stade de complication [5,6]. La gastrite souvent rencontrée au cours de l'endoscopie digestive mérite une attention particulière à cause de sa relation avec le cancer de l'estomac [7,8]. L'infection par le VIH occupe une place importante dans les activités de ce service. Les maladies chroniques du foie sont de mauvais pronostic, car les malades consultent tardivement et les moyens thérapeutiques sont limités [9, 10]. Les maladies pancréatiques sont, quant à elles, très rares [11]. Les maladies d'autres spécialités sont prises en charge dans ce service en raison de la situation géographique de l'hôpital et de l'insuffisance des structures sanitaires. La gestion de toutes ces affections est difficile en raison de l'insuffisance des capacités d'accueil, du personnel et d'un plateau technique quasi inexistant. Dans ces conditions, nous avons voulu inventorier les activités du service d'hépatogastro-entérologie de l'Hôpital Gabriel Touré et nous avons pour but d'y étudier les caractéristiques des hospitalisations.

**2- PATIENTS ET METHODES :**

**2-1 Patients :** L'étude longitudinale du 1er février 2004 au 31 janvier 2005 a porté sur les patients hospitalisés et examinés dans le service d'hépatogastro-entérologie de l'Hôpital Gabriel Touré. En cas de décès à la garde, les renseignements étaient recueillis auprès de l'équipe de garde.

**2-2 Méthodes :** Examen clinique : L'interrogatoire du malade ou de son entourage permettait de décrire l'histoire de la maladie, rechercher les antécédents, préciser les centres de référence, et préciser les traitements antérieurs. L'examen physique était systématique et complet.

Examens complémentaires : Ils étaient choisis selon l'orientation du diagnostic. Les plus constants, eu égard à la spécialité du service, étaient l'endoscopie digestive, l'échographie abdominale, les enzymes hépatiques, l'hémogramme, la glycémie, la créatininémie, l'ionogramme sanguin et la sérologie VIH. Supports : Les données sélectionnées étaient colligées sur une fiche d'enquête. Nous avons analysé ces données sur le logiciel Epi info.

**3. RÉSULTATS**

Durant la période d'étude 2948 patients ont été consultés dans le service d'hépatogastro-entérologie de l'hôpital Gabriel TOURE dont 2168 en consultation externe soit 73,54% et 780 hospitalisés soit 26,46%. Sur les 780 patients hospitalisés, 766 (98,2%) ont répondu

à nos critères pour l'analyse dont 104 (13,6%) étaient référés par d'autres structures et 662 (86,4%) directement admis dans le service.

L'âge moyen des patients était de 45,17 ± 18,09 ans. Le sex-ratio était de 1,10 en faveur des hommes (402 H/364F). Les ménagères, les paysans, et les ouvriers ont représenté 72,71% de l'échantillon.

### 3-1- Motif d'hospitalisation des patients

**Tableau I :** Motif d'hospitalisation des patients

Motif d'hospitalisation	Effectif	%
Altération de l'Etat Général	286	37,34
Fièvre	235	30,68
Céphalées	210	27,42
Diarrhée	153	19,97
Hépatomégalie	132	17,23
Douleur abdominale	129	16,84
Vomissement	107	13,97
Vertiges	103	13,45
Toux chronique	101	13,19
Pâleur	93	12,14
Ascite	60	7,83
Hémiplégie	54	7,05
Oedèmes des Membres Inférieurs	54	7,05
Altération de la conscience	51	6,66
Ictères	49	6,40
Dyspnée	44	5,74
Agitation	43	5,61
Convulsion	26	3,39
Epigastralgie	22	2,97
Anasarque	15	1,96
Rectorragie	12	1,57
Hématémèse	11	1,44
Méléna	8	1,04
Hémoptysie	3	0,39

Les motifs d'hospitalisation étaient dominés par l'AEG, la fièvre, la douleur abdominale, la toux et la diarrhée.

### 3-2 Ancienneté de la pathologie au moment de l'hospitalisation

**Tableau II :** Ancienneté de la pathologie au moment de l'hospitalisation

Ancienneté de la pathologie	Effectif	%
< 3 jours	84	10,97
3 jours-1 semaine	94	12,27
Entre 1 semaine-4 semaines	184	24,02
Entre 4 semaines-4 mois	182	23,76
Entre 4-8 mois	104	13,58
Entre 8-12 mois	68	8,88
Entre 12-16 mois	0	0
Entre 16-20 mois	2	0,26
Entre 20-24 mois	23	3
>24 mois	25	3,26
Total	766	100

Les maladies chroniques étaient plus fréquentes.

### 3-3 Diagnostic carcinome ou orientation Diagnostique

**Tableau III :** Diagnostic ou orientation Diagnostique

Diagnostic ou orientation Diagnostique	Effectif	%
VIH	229	29,90
Carcinome Hépatocellulaire	60	7,83
Cirrhose	31	4,05
Ulcère Gastro-duodénal	15	1,96
Tumeur gastrique	11	1,44
Gastrite	10	1,30
Hépatite virale B	8	1,04
Tumeur du pancréas	5	0,65
Tumeur de l'oesophage	4	0,52
Tuberculose péritonéale	4	0,52
Maladie hémorroïdaire	3	0,4
Oesophagite	3	0,4
Abcès du foie	3	0,4
Tumeur rectale	2	0,26
Bilharziose hépatique	2	0,26
Pancréatite	1	0,13
Cholécystite lithiasique	1	0,13
Angiocholite	1	0,13
Malposition cardio-tubérositaire	1	0,13
Sans orientation Diagnostique	59	7,70
Autres pathologies	313	40,85
Total	766	100

L'infection par le VIH a été la pathologie la plus rencontrée. Les pathologies extra digestives étaient globalement fréquentes.

### 3-4 Facteurs entravant la détermination du diagnostic

**Tableau IV:** Facteurs entravant la détermination du diagnostic

Facteurs	Effectif	%
Décès précoce du patient avant le résultat des examens complémentaires	16	27,12
Sortie car amélioration clinique sous traitement présomptif	15	25,42
Evasion	10	17
Sortie contre avis médical	9	15,26
Sortie car faute de moyen pour l'exploration approfondie	8	13,56
Transfert du patient avant le résultat des examens complémentaires	5	8,48
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

Une amélioration sous traitement d'épreuve et les décès précoces n'ont pas permis le plus souvent d'orienter au moins le diagnostic.

### 3-5 Devenir des patients

**Tableau V** : Devenir des patients

Evolution	Effectif	%
Sortie sur avis médical	484	63,18
Décès	141	18,41
Transféré	104	13,58
Sortie contre avis médical	22	2,87
Evadé	15	1,96
<b>Total</b>	<b>766</b>	<b>100</b>

Dans 63,18% des cas, les patients sortaient normalement du service. La mortalité globale était 18,41%. La durée moyenne de séjour était de  $7,54 \pm 6,19$  jours.

### 3-6 Mortalité par pathologie :

**Tableau VI** : Taux de mortalité par pathologie

Pathologie	Effectif	Décès	%
VIH	229	40	5,22
CHC	60	32	4,18
Cirrhose	31	12	1,57
Tuberculose péritonéale	4	1	0,13
UGD	15	0	0
Tumeur gastrique	11	1	0,13
Gastrite	10	0	0
Hépatite virale B	8	0	0
Tumeur du pancréas	5	0	0
Tumeur de l'œsophage	4	0	0
Maladie hémorroïdaire	3	0	0
Oesophagite	3	0	0
Abcès du foie	3	0	0
Tumeur rectale	2	0	0
Bilharziose hépatique	2	0	0
Pancréatite	1	0	0
Cholécystite lithiasique	1	0	0
Angiocholite	1	0	0
Malposition cardio-tubérositaire	1	0	0
Sans orientation Diagnostique	59	16	2,09
Autres pathologies	313	39	5,09
<b>Total</b>	<b>766</b>	<b>141</b>	<b>18,41</b>

Le taux global était de 18,41%, l'infection par le VIH et les hépatopathies étaient les principales causes de décès.

## 4- DISCUSSION

Dans le souci d'évaluer la gestion des malades hospitalisés dans les services hépato-gastro-entérologie, nous avons mené cette étude qui nous a permis de colliger 766 malades répondant à nos critères d'inclusion.

Cette activité a présenté quelques écueils :

Certains malades ont été admis et sont décédés prématurément ou sortis au cours du week-end sans qu'on ait beaucoup de renseignements sur leur statut socio sanitaire. Par ailleurs les moyens financiers limités de beaucoup de malades n'ont pas permis les investigations nécessaires pour porter un diagnostic précis. Toutes fois dans cette étude, il a été possible d'analyser les difficultés de prise en charge des malades hospitalisés dans

notre unité. Le taux d'hospitalisation a occupé 26,46% de l'ensemble des consultations. Ce fort taux est lié au fait que le service hospitalisé reçoit le plus souvent des malades référés par d'autres structures sanitaires. La prédominance masculine constante dans notre étude a été rapportée par SY [12] dans un service de pédiatrie ; LY [13] dans les services de médecine, de soins intensifs et de santé mentale de l'hôpital national de point G, DIARRA [14] dans le service de chirurgie générale de l'hôpital national de point G. Cette prédominance masculine pourrait être liée à la fragilité génétique ou au fait que l'homme, dans notre contexte, a beaucoup plus d'activités au cours desquelles il peut être exposé. La majorité des patients avait un âge compris entre 20 à 50 ans. Cette constatation peut s'apparenter à la jeunesse de la population générale au Mali. La prédominance des ménagères, des paysans et des ouvriers dans notre série est aussi observée par LY [13] et DIARRA [14]. Ces couches majoritaires dans notre population générale, peuvent être exposées aux maladies à cause de leur bas niveau socio-économique. Sur les 766 patients, 104 [soit 13,58%] nous ont été référés. Ce taux est inférieur à celui de SY [12] qui était de 25,4 % et comparable à celui de DOUMBIA [15] qui était de 16,7%. Ces faibles taux prouvent le problème de l'organisation de la référence car la majorité des malades viennent directement à l'hôpital sans passer par les structures de premier niveau. La consultation tardive des malades trouve son explication dans leur niveau socio-économique généralement bas. Les patients vivant dans les conditions précaires ont souvent recours à la médecine traditionnelle et à l'automédication avec pour conséquences un retard à la consultation et l'aggravation de la pathologie, donc une mortalité accrue. La forte prévalence du VIH/SIDA dans notre étude liées aux manifestations digestives de cette infection [16,17,18,19,20,21] et que notre service est parmi les références dans la gestion de cette pathologie. Le CHC a représenté 7,83 des hospitalisations. Cette fréquence est comparable à celle de BANA [22] qui était de 6,3% et inférieure à celle de WANDJI [9] qui était de 9,6%. Ce résultat est inquiétant car, dans notre contexte, ces malades sont vus à un stade tardif au dessus de toutes ressources thérapeutiques, et leur décès est alors inéluctable. La fréquence de la cirrhose était de 4,05% dans notre série ; elle est inférieure à celle de BANA [22] qui était de 6,3% et comparable à celle de ILBOUDO [23] qui était de 4,74%. Les deux dernières pathologies sont essentiellement dues à l'infection par le VHB au Mali. Une vaccination à large échelle contre ce virus peut entraîner la diminution de leur prévalence. Les pathologies d'autres spécialités sont fréquentes dans notre étude. Leur recrutement est lié au fait que la demande est

plus importante pour les services disponibles. Il importe donc de développer les services spécialisés. La mortalité dans notre étude était de 18,41%. Elle est comparable à celle observée dans l'étude d'ILBOUBO [23] qui était de 18,75% et supérieure à celle de BANA [22] et de DIARRA [14] qui étaient respectivement de 14,05% et 3,15%; elle est inférieure à celle de LY [13] et de TOURE [24] qui étaient respectivement de 20,32% et 22,24%. La mortalité dans notre étude [18,41%] est le reflet de la gravité des affections que nous rencontrons notamment, l'infection par le VIH, le CHC et la cirrhose. Cependant la mortalité liée aux pathologies d'autres spécialités occupe une place importante dans notre étude [5,09%].

### 5- CONCLUSION

La pathologie digestive est fréquente mais la gestion des malades est difficile à cause de l'insuffisance des structures de la spécialité. Ce constat général pour les autres domaines et les contraintes font que le service gère des maladies d'une autre spécialité. Une information et sensibilisation des patients sont nécessaires pour une consultation précoce.

### REFERENCES

- 1- N'DIAYE M. Cancer du tube digestif en milieu hospitalier, Aspects épidémiologique, clinique et pronostique. These, Med, BAMAKO, 2000; 102.
- 2- SOUMARE S, SANGARE D. Le traitement chirurgical du cancer de l'estomac Premières journées médico-chirurgicales et pharmaceutiques de l'hôpital du Point G. Service de chirurgie A, Hôpital du Point G, Bamako 2, 3 et 4 décembre 2004, palais des congrès
- 3- SISSOKO F, ONGOIBA N, BERETE S, DOUMBIA D, COULIBALY Y, DEMBELE M, MAÏGA MY, DIALLO G, TRAORE AKD, BAYO S, KOUMARE AK. Cancer du colon : à propos de 45 cas. Premières journées médocochirurgicales et pharmaceutiques de l'hôpital du Point G, Bamako, 2, 3 et 4 décembre 2004, Palais de congrès
- 4 - P LAURENT-PUIG. Cancer colorectal Med Chir Dig 1998 ; 27 : 183-186.
- 5- KONE M S. Etude des complications Hémorragiques des ulcères gastro -duodénaux au Mali These, Med, Bamako, 1992; 53
- 6- JAÏS P. Gastro-entérologie .collection préparation à l'internat, PARIS : ellipses, 1996 : 240 pages
- 7- BAH N. Gastrite chronique à l'ère de l'helicobacter pylori. These, Med, Bamako, 2001; 41.
- 8- FREXINOS J. Hépatogastro-Entérologie clinique. Paris : SIMEP, 1992 : 488 pages Gastrite chronique 1992 ; 4 : 100-103.
- 9- WANDJI M J. Carcinome Hépatocellulaire : Aspects épidémiologiques cliniques et évolutifs. These, Med, Bamako, 2004; 24
- 10 - FREXINOS J, BUSCAIL L. Hépatogastro-entérologie clinique. Masson : Paris, 2003 : 713 pages
- 11- JAÏS P. Gastro-entérologie. Collection préparation à l'internat, Paris : ellipses, 1996 : 240 pages.
- 12 - SY O. Morbidité et mortalité dans le service de pédiatrie B de l'hôpital Gabriel Touré. These, Med, Bamako, 2003 ; 27.
- 13 - LY B A. Etude de la Morbidité et de la mortalité dans les services de Médecine, des soins intensifs et de santé mentale de l'Hôpital national du point G. These, Med, Bamako, 2002; 108.
- 14- DIARRA S Etude de la Morbidité et de la mortalité dans les services de chirurgie générale de l'Hôpital national du point G. These, Med, Bamako, 2002; 139.
- 15- DOUMBIA MN. Prise en charge intégrée des Maladies de l'enfant dans les services de consultation externe pédiatrique de l'Hôpital Gabriel Touré. These, Med, Bamako, 2001; 119.
16. BASHIR R M, WILCOX C M. Symptom specific use of upper gastro intestinal endoscopy in human immunodeficiency virus infected patients yields high dividends J clin gastroentérol 1996; 23: 292 - 298.
- 17 - BOUCHAU DO., RENE G. Atteinte esogastro-duodenale au cours de l'infection par le VIH. Gastroentérol clin Biol 1995; 19: 125-129.
- 18- BOUCHAU DO. Les Diarrhées du sida, cahier houdé de gastroentérol. VIH et Sphere digestive 1997 ; 21 : 57-61.
- 19- KADENDE P, NKURUNZIZAT, FLOCH JJ, MPFIZI B. Diarrhée infectieuse au cours du syndrome d'immunodépression acquise africain. A propos 100 malades étudiés à Bujumbura (Burundi). Med Trop 1989 ; 49 : 129-133.
- 20- MATTEI P, BIGARD M A. Lésions ano-rectales au cours de l'infection par le VIH Cahier Houde Gastroentérol-VIH et Sphere digestive 1997 : 62- 67.
- 21- PANTONGRAG, BRUWN L, NELSON A M, BROWN A E, BERETOW PC, BUCK JL. Gastro intestinal Manifestation of acquired immunodeficiency syndrome: Radiologic - pathologic correlation. Radiographics 1995; 19: 1155 -1178.
- 22- BANA -EWAI ESSOSSIMNA. Morbidité et de la mortalité dans le service d'hépatogastro-entérologie du C.H.U.Y.O de Ouagadougou. These, Med, Ougadougou, 2003, 36
- 23- ILBOUDO PD, BONKOUYOU P. Morbidité et la mortalité dans le service de Médecine digestive du centre national yalvado OUEDRAOGO - OUAGADOUGOU. Science et Technique : 1992 - 1993 ; 20.
- 24- TOURE O Classification des néphropathies et évaluation des facteurs de mortalité dans le service de néphrologie de l'hôpital national du Point G. These, Med, Bamako, 2002 ; 52.